

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

970

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

GALESNE, Théophile,

ANCIEN EXTERNE EN PREMIER DES HOPITAUX DE PARIS
INTERNE DES HOPITAUX DE LA RÉGION DE PARIS

Né le 21 Janvier 1928, à Saint-Aubin-du-Cormier (I.-&-V.).

Présentée et soutenue publiquement le 1963

RÉSULTATS DE 872 INTERVENTIONS PRATIQUÉES SELON LES TECHNIQUES CLASSIQUES POUR HERNIES INGUINALES ET HERNIES CRURALES DE L'ADULTE

Président : Mr J. PATEL, Professeur

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS VI^e

1963

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

GALESNE, Théophile,

ANCIEN EXTERNE EN PREMIER DES HOPITAUX DE PARIS
INTERNE DES HOPITAUX DE LA RÉGION DE PARIS

Né le 21 Janvier 1928, à Saint-Aubin-du-Cormier (I.-&-V.).

Présentée et soutenue publiquement le

RÉSULTATS DE 872 INTERVENTIONS PRATIQUÉES SELON LES TECHNIQUES CLASSIQUES POUR HERNIES INGUINALES ET HERNIES CRURALES DE L'ADULTE

Président : Mr J. PATEL, Professeur



DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS VI•

1963

Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.),
BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), DEBRE (R.),
FEY (B.), GALLIARD (H.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.),
HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE
(G.), LAVIER (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.),
MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR
VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.),
QUENU (J.), RICHTER (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.),
TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Léon BINET,
Membre de l'Institut.

1er ASSESSEUR : Gaston CORDIER

2me ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
	(JAYLE (M.-F.)
Biochimie médicale	(SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)

mm.

Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et Virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	(BINET (L.)
	(BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétr.	LEPAGE (F.)
	(DOGNON (A.)
Physique médicale	(DJOUBNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.)
	(POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

mm.

Clinique carcinologique chirurgicale	
(Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(Cochin	LEGER (L.)
(Cochin	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
(Boucicaut	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales (Broussais	LENEGRE (J.)

Cliniques médicales (Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
(Cochin)	BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M.)
(Lariboisière)	SEZE (S. de)
(Pitié)	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine)	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
(Baudelocque)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales (Foch (Suresnes))	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b)- Professeurs à titre personnel :

mm.

Médecine (BOUR (H.)
 (LHERMITTE (F.)
 (PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
 ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

mm.

Anatomie (CABROL (C.)
 (COUINAUD (C.)
 (GILLOT (C.)
 (OLIVIER (G.)
 (Pr. s. ch.
 (GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
 (Pr. s. ch.
 (ABELANET (R.)
 (CHOMETTE (G.)
 Anatomie pathologique (GOUYGOU (Ch.), M. conf.
 (NEZELOFF (Ch.)
 (ORCEL (L.)
 (PAILLAS (J.)
 (KERN (E.)
 Anesthésiologie (VOURC'H (G.)
 (BARBIER (P.), Pr.s.ch.
 (CHRISTOL (D.)
 Bactériologie (LE MINOR (L.)
 (TOURNIER (P.)
 (BAULIEU (Et.),
 (M. Conf.
 (BOURILLON (R.)
 (CARTIER (P.)
 Biochimie médicale (DREYFUS (J.-Cl.)
 (GONNARD (P.)
 (KRUH (J.)
 (JEROME (H.)
 Biologie appliquée à l'Education
 physique et aux Sports PLAS (F.)
 (BOIRON (M.)
 (DENOIX (P.)
 Carcinologie (MATHE (G.)
 (SELIGMANN (M.)

MMI.

Dermato-syphiligraphie	(CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.) (BESSIS (M.) (BILSKI-PASQUIER (G.)
Hématologie	(DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.) (COUJARD (R.), Pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M.) (RACADOT (J.) (BESANÇON (F.)
Hydrologie	(CORNET (A.) (BOYER (J.), Pr.s.ch. (BLANCHER (G.)
Hygiène	(CORRE-HURST (Mme L.) (SAPIN-JALOUSTRE (H.) (BASTIN (R.), Pr.s.ch.
Maladies infectieuses	(DUPONT (V.) (FOURNIER (E.)
Médecine légale	(GUENIOT (M.) (HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.) (GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (LEVY (J.) (MORIN (P.)
Obstétrique	(MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (SENEZE (J.) (SUREAU (C.) (THOYER-ROZAT (J.) (BREGEAT (P.)
Ophthalmologie	(DUBOIS (A.) (SARAUX (H.) (JUDET (R.)
Orthopédie	(MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.)

mm.

Parasitologie	(GOLVAN (Y.) (LAPIERRE (J.) (BARCAT (J.) (BINET (J.-P.) (CERBONNET (G.) (CHATELIN (C.-L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GARBAY (M.) (GARNIER (H.)
Pathologie chirurgicale.....	(GAUDART d'ALLAINES (Cl. de) (GERMAIN (A.) (LATASTE (J.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (M.) (NATALI (J.) (PELLERIN (D.) (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.) (BENHAMOU (J.-P.) (BERTHAUX (P.) (BOIVIN (P.) (CROSNIER (J.)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L.) (LOEPER (J.), Pr.s.ch. (MAURICE (J.) (MIKOL (Cl.) (RICHT (G.) (AUSSANNAIRE (M.) (BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.)
Pathologie médicale	(BUGE (A.) (CATINAT (J.) (CHRETIEN (J.) (COBLENTZ (B.) (CONTAMIN (F.) (COURY (C.)

MM.

	(ETIENNE (J.-P.)
	(FREZAL (J.)
	(FRITEL (D.)
	(HENNEQUET (A.)
	(HIMBERT (J.)
Pathologie médicale	(HOUSSET (E.)
	(LAROCHE (Cl.)
	(LESOBRE (R.)
	(LEVEQUE (B.)
	(MACREZ (C.)
	(MOREAU (L.)
	(NICK (J.)
	(ROYER (P.)
	(TOURNEUR (R.)
	(WOLFROMM (R.)
	(LAFOURCADE (J.)
	(LEPERCQ (G.)
	(MANDE (R.)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P.)
	(POLONOVSKI (C.)
	(ROSSIER (A.)
	(VIALATTE (J.)
Pharmacologie	(BOISSIER (J.)
	(LECHAT (P.)
	(BARRES (G.)
	(DEJOURS (P.), Pr.s.ch.
	(DURAND (J.)
Physiologie	(GIRARD, M. conf.
	(HUGELIN (A.)
	(SCHERRER (J.)
	(CHANTEUR (J.)
	(GOUGEROT (L.), M. conf.
	(Pr. s. ch.
Physique médicale	(GREMY (F.), M. conf.
	(MILHAUD (G.)
	(PELLERIN (P.)
	(ROUCAYROL (J.-Cl.)
	(TUBIANA (M.), M. conf.
	(KREIS (B.)
Pneumo-phthisiologie	(MEYER (A.)
	(RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
	(DENIKER (P.)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D.)
	(FLAVIGNY (H.)

MM.

Rhumatologie.....	DELBARRE (F.), Pr.s.ch. (CERNEA (P.)
* Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A.), M.c.agr. (GRELLET (M.)
Thérapeutique.....	(CHASSAGNE (P.) (MARCHE (J.)
	(AUVERT (J.)
Urologie.....	(MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.

Anatomie.....	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale.....	VERNE (J.-M.) (PERRAULT (M.)
Clinique médicale.....	(RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale.....	(GRASSET (J.) (MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique.....	(DESVIGNES (P.) (OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture.....	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.....	BARUK (H.)
Clinique urologique.....	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	HAUDUROY (P.), Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale.....	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE
ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)
Secrétaire principal..... Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs (Mlles DUMAITRE (P.),
(LE NOIR (G.),
(QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires (Mmes CONTET (J.);
(FORGET (F.),
(Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean PATEL

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

J'exprime ma respectueuse
et profonde reconnaissance pour
l'honneur qu'il m'a fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAMARE

Chirurgien de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

En souvenir de l'année
passée dans son Service et
de l'enseignement que j'y ai
reçu.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAYER

A MONSIEUR LE DOCTEUR LARGET

Chirurgiens de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

En reconnaissance du
bienveillant accueil qu'ils
m'ont fait.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESFOSSES

Chirurgien de l'Hôpital d'Aulnay-sous-Bois

En le remerciant des
heures passées à nous ensei-
gner,

L'assurance de ma
reconnaissance et de mon
attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAZARD

Chirurgien de l'Hôpital d'Argenteuil

En reconnaissance
pour le bienveillant intérêt
qu'il m'a témoigné.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEBEL

Chirurgien de l'Hôpital de Mantes

En témoignage de
reconnaissance pour sa
patiente initiation à la
pratique de la chirurgie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIMON

Chirurgien de l'Hôpital de Montfermeil

En le remerciant de
l'accueil qu'il m'a réservé
dans son Service et pour
l'Enseignement qu'il m'a
donné.

De nombreux auteurs ont cherché à perfectionner les techniques et à améliorer les résultats de la cure opératoire des hernies, en particulier des hernies inguinales. C'est que les procédés classiques ont la réputation d'entraîner chez l'adulte un pourcentage élevé de récurrences, spécialement dans les cas d'aplasie pariétale marquée. On n'ose plus dire cure "radicale" de hernie.

Quelle est donc la fréquence des récurrences après intervention par technique classique sur hernie inguinale et sur hernie crurale de l'adulte ?

Les résultats doivent varier selon l'opérateur, puisque les différents auteurs publient des chiffres très différents.

Les statistiques classiques sont, pour les hernies inguinales :

- Une série de 1509 hernies inguinales, enfants et adultes, publiée en 1909 par CECI, de Pise, qui accusait 2 % de récurrences ;

- Une série de 1841 hernies inguinales, enfants et adultes, publiée en 1934 par SCHAS, de Bâle, qui accusait 3 % de récurrences ;

- Une série de 978 hernies inguinales, enfants et adultes, publiée en 1923 par ERDMANN, de New-York, qui accusait 7,46 % de récurrences ;

- Une série de 2608 hernies inguinales, enfants

et adultes, publiée en 1940 par WILMOTH, aux Etats-Unis, qui accusait 6 % de récidives.

Les auteurs plus récents ont des opinions encore plus opposées :

Pour Monsieur MOUCHET, le procédé de BASSINI donne :

- chez les adultes jeunes :

. 2 % de récidives dans les hernies inguinales obliques externes ;

. 14 % de récidives dans les hernies directes ;

- tandis que, chez les sujets âgés et surtout quand ils sont obèses, la récidive est fréquente.

FRUCHAUD déclare qu'une hernie inguinale traitée selon le procédé de BASSINI récidive :

. 10 à 15 fois sur 100 chez le sujet de 25 à 35 ans ;

. 30 à 40 fois sur 100 chez le sujet de plus de 45 ou 50 ans.

SKINNER, en 1945, après avoir opéré dans l'U.S. Navy 1196 hommes de 17 à 65 ans, donne les chiffres de 0,89 à 2,18 %, à condition de n'opérer les hernies bilatérales qu'en deux temps.

PALUMBO, aux Etats-Unis, en 1954, après avoir suivi 1073 opérés des deux sexes et de tous les âges, ne retrouve que 14 récidives, soit 1,1 %.

Que penser ?

Si les résultats sont ce que déclare FRUCHAUD, ou même ce qu'admet Monsieur MOUCHET, pour les hernies inguinales directes, il est temps de changer de

méthode.

Si les Bassini, tels que les décrivent SKINNER et PALUMBO, ne donnent que 1 à 2 % de récidives, il suffit de faire comme eux.

Nous avons donc entrepris de revoir les résultats obtenus au Centre chirurgical de Saint-Germain-en-Laye pour les opérés de la période s'étendant du 17 Avril 1953 au 1er Janvier 1962. La plupart des anciens malades ont été interrogés par un questionnaire qui leur a été adressé. D'autres ont été revus par leur médecin, ou par un service médical social. D'autres ont été convoqués et nous les avons réexaminés. Tous nos patients sont des adultes de 18 à 93 ans. Nous avons repris les dossiers, tant à l'hôpital public, où les interventions pour hernie sont pratiquées en règle par des internes de 4^{me} ou de 5^{me} année, qu'à la clinique où ce sont toujours trois mêmes chirurgiens qui appliquent, depuis plus de dix ans, des techniques éprouvées.

Nous avons ainsi rassemblé :

- 695 dossiers représentant 847 hernies inguinales de l'homme, dont 158 dossiers de hernies bilatérales ;
- 114 dossiers représentant 122 hernies inguinales de la femme, dont 8 dossiers de hernies bilatérales.

Enfin, pour avoir une idée complète des hernies de l'aîne, nous avons relevé aussi :

- 153 dossiers représentant 157 hernies crurales dans les deux sexes, dont 4 dossiers de hernies bilatérales.

Pour apprécier nos résultats, nous disposons d'un recul de près d'un an pour les cas opérés le plus récemment. Et comme nous avons constaté que

les récidives sont précoces (85 % des récidives se font dans les deux ans), nous sommes en droit de penser que les chiffres que nous avançons sont près de la vérité.

Notre étude comporte ainsi trois sujets :

- I - Les hernies inguinales de l'homme adulte.
 - II - Les hernies inguinales de la femme adulte.
 - III - Les hernies crurales.
-

= I =

LES HERNIES INGUINALES

DE L' HOMME ADULTE

=====

Le recrutement était donc double :

1°- A l'hôpital.

= 403 dossiers représentant 496 hernies (dont 93 dossiers de hernies bilatérales), se détaillant ainsi :

- 448 hernies opérées pour la première fois (dont 87 dossiers de hernies bilatérales),

- 48 hernies réopérées pour récurrence.

= (Sur le total, nous avons 34 hernies étranglées :

- 34 étaient des hernies opérées pour la première fois,

- 3 étaient des récurrences).

2°- A la clinique.

= 292 dossiers représentant 357 hernies (dont 65 dossiers de hernies bilatérales), se détaillant ainsi :

- 323 hernies opérées pour la première fois (dont 66 dossiers de hernies bilatérales),

- 34 hernies vues pour récurrence.

= (Sur le total, nous avons 25 hernies étranglées, toutes étaient opérées pour la première fois).

Les recrutements à l'hôpital ou à la clinique ne sont guère différents.

Ils sont très semblables quant à l'âge des malades.

- A l'hôpital : 403 malades.

De 18 à 30 ans : 75 = 18,6 %

De 30 à 45 ans : 95 = 23,5 %

De 45 à 65 ans : 174 = 43 %

Après 65 ans : 59 = 14,6 %

- A la clinique : 292 malades.

De 18 à 30 ans : 37 = 12,6 %

De 30 à 45 ans : 70 = 24 %

De 45 à 65 ans : 142 = 48,6 %

Après 65 ans : 43 = 14,7 %

Un peu plus de malades de moins de 30 ans à l'hôpital.

La proportion des hernies bilatérales est la même à l'hôpital qu'à la clinique.

A l'hôpital $\frac{93}{403} = 23 \%$ des malades.

A la clinique $\frac{65}{292} = 22 \%$ des malades.

Les hernies bilatérales ont le même âge à la clinique qu'à l'hôpital, sensiblement.

A l'hôpital : 87

A la clinique : 34

Moins de 30 ans	: 13 = 15 %	2 = 6 %
De 30 à 45 ans	: 23 = 26 %	9 = 26 %
De 45 à 65 ans	: 42 = 48 %	19 = 56 %
Plus de 65 ans	: 9 = 10 %	4 = 12 %

On retrouve, comme pour la série globale, un peu plus de jeunes avant 30 ans à l'hôpital.

La proportion de hernies étranglées est la même à l'hôpital qu'à la clinique.

$$\text{A la clinique } \frac{25}{292} = 8,5 \% \text{ des malades.}$$

$$\text{A l'hôpital } \frac{34}{403} = 8,4 \% \text{ des malades.}$$

L'âge des hernies étranglées était :

A la clinique :

A l'hôpital :

Moins de 30 ans	: 0	1
De 30 à 45 ans	: 1 = 4 %	4 = 11,7 %
De 45 à 65 ans	: 8 = 32 %	11 = 32 %
Plus de 65 ans	: 16 = 64 %	18 = 53 %

Donc, toujours davantage de jeunes à l'hôpital.

On doit noter en passant que la hernie inguinale étranglée de l'homme se voit pour plus de la moitié des cas (57 %) chez des sujets de plus de 65 ans.

En somme, la série de l'hôpital est assez semblable à celle de la clinique. Cependant, nous avons un peu plus d'opérés jeunes à l'hôpital, détail à retenir lorsque nous verrons les résultats selon les différents opérateurs.

Au Centre de Saint-Germain, ont donc été opérés pour la première fois :

619 malades représentant 770 hernies inguinales de l'homme.

Les comptes rendus opératoires nous ont permis de classer les hernies en cinq catégories :

Hernies obliques externes à sac petit ou moyen	343 = 44 %
Hernies directes	276 = 35 %
Hernies volumineuses à grand sac	114 = 15 %
Hernies dites par glissement	32 = 4 %
Hernies obliques internes	5 = 0,65%

Les techniques opératoires utilisées pour ces hernies ont été :

Pour le chirurgien N° 1 de la clinique :

71 Bassini	= 70 %
29 Conjoint Cooper	= 30 %

Pour le chirurgien N° 2 de la clinique :

126 Bassini	= 78 %
35 Conjoint Cooper	= 21 %

Pour le chirurgien N° 3 de la clinique :

58 Bassini	= 96 %
2 Conjoint Cooper	

Pour les internes de l'hôpital :

275 Bassini	61 %
166 Conjoint Cooper	37 %
3 procédés préfundiculaires	
4 Forgue	
1 Halstedt	

Il convient de préciser que ce que nous appelons procédé de Bassini est l'abaissement, derrière le cordon, du conjoint à l'arcade crurale,

et ce que nous appelons Conjoint Cooper est l'abaissement derrière le cordon évidemment du conjoint au ligament de Cooper.

Donc, dans l'ensemble, la préférence est allée au procédé de Bassini, très nettement.

A noter que la proportion de Bassini augmente avec l'âge de l'opérateur.

Les hernies bilatérales ont été opérées des deux côtés dans la même séance (Nous y reviendrons).

Les techniques opératoires pour les hernies étranglées gardent grossièrement les mêmes proportions :

Bassini	37 = 66 %
Conjoint Cooper.	17 = 30 %
Forgue	2

Notons la rareté des résections intestinales pour hernie inguinale étranglée de l'homme : 2 en 9 ans pour 56 hernies étranglées.

RESULTATS DES INTERVENTIONS POUR HERNIES INGUINALES
DE L'HOMME PRATIQUEES SUR 619 MALADES
OPERES POUR LA PREMIERE FOIS

De cette série sont donc exclues les hernies réopérées pour récidence.

1°)- MORTALITE.

9 morts sur 619 opérés = 1,45 %
dont :

a)- 7 morts sur 56 hernies étranglées, soit 12,5 %.

- 6 étaient très âgés et sont morts :

- . 1 de décès brutal le lendemain ;
- . 3 quelques jours plus tard, dans la fièvre et le collapsus ;
- . 1 d'arrêt cardiaque pendant l'intervention ;
- . 1 de défaillance cardiaque quelques jours plus tard.

- 1 était éthylique et est mort de delirium tremens.

b)- 2 morts sur 563 hernies non étranglées, soit 0,35 %.

- 1 était très âgé et est mort de bronchopneumonie post-opératoire ;
- 1 était éthylique et est mort d'ictère grave.

2°)- COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES.

Sur nos 619 opérés :

- = Un delirium tremens réversible, suivi d'une suppuration locale grave, chez un éthylique de 43 ans, opéré d'une hernie non étranglée.
- = Un foyer pulmonaire guéri en quelques jours, chez un homme de 64 ans, opéré sous anesthésie générale d'une hernie étranglée.
- = Deux phlébites :
 - L'une chez un homme de 40 ans, opéré de hernie inguinale bilatérale non étranglée : il dut recevoir des anticoagulants pendant 18 jours.
 - L'autre chez un homme de 36 ans, opéré de hernie inguinale bilatérale non étranglée : il dut recevoir des anticoagulants pendant 21 jours.
- = Trois syndromes de tuméfaction des bourses :
 - Un homme de 53 ans, opéré de hernie inguinoscrotale, fait les jours suivants un oedème des bourses et un hématome au niveau de la plaie opératoire. L'oedème cède après évacuation de l'hématome.
 - Un homme de 27 ans, opéré sans incident d'une hernie inguinale banale, fait, les jours suivants, une larme d'hydrocèle avec tuméfaction douloureuse du testicule et de l'épididyme. Spontanément, les phénomènes cèdent au bout de quelques jours. Le malade est revu huit ans après, L'examen clinique est normal.
 - Un homme de 54 ans est opéré d'une volumineuse hernie inguinale irréductible. On doit réséquer un sac volumineux. Trois ans après, le malade est réopéré pour récurrence de sa hernie. Et on trouve une récurrence oblique externe et une hydrocèle organisée ancienne avec testi-

cule adhérent aux bourses. L'opération ne put être menée qu'au prix d'une castration. Et l'examen histologique fait la preuve d'une pachyvaginalite sans aucune étiologie spécifique. Le testicule est resté sain.

3°) - INCIDENTS POST-OPÉRATOIRES.

Sur nos 619 opérés, nous avons observé :

= 15 hématomes post-opératoires de quelque importance :

11 fois, l'hématome survint après cure d'une volumineuse hernie où il fallut libérer un grand sac ;

9 fois, l'hématome se résorba sans suppurer ;

6 fois, il entraîna une suppuration importante.

= 8 suppurations importantes :

6 de ces suppurations succédèrent à un hématome ;

1 autre survint chez un malade qui fit un delirium tremens et arracha son pansement.

Le dernier présenta un abcès deux mois après la cure d'une hernie dont les suites immédiates avaient été parfaitement normales.

EN CONCLUSION :

- C'est la dissection d'un grand sac qui expose le plus à l'hématome.

- C'est l'hématome qui est le responsable de la plupart des suppurations.

4°)- LES RESULTATS A DISTANCE.

Dans l'ensemble, les anciens malades de la clinique ont été plus faciles à retrouver que ceux de l'hôpital.

= A la clinique, 36 anciens opérés n'ont pu être contactés, 36 sur 292, soit 12,6 %.

6 sont morts.

7 n'ont pas voulu répondre.

23 sont partis sans laisser d'adresse ou bien nous n'avions pas leur adresse exacte.

= A l'hôpital, 107 anciens opérés n'ont pu être retrouvés, 107 sur 403, soit 26 %.

14 sont morts.

16 n'ont pas voulu répondre.

77 n'ont pas laissé d'adresse.

Si on ajoute que 9 opérés sont morts en post-opératoire, il reste 466 malades représentant 585 hernies inguinales de l'homme adulte opérées pour la première fois et dont nous avons eu des nouvelles.

A)- Les fils qui suppurent.

10 malades (sur 466) se plaignent de fils qui ont suppuré pendant des semaines ou des mois, ou même plusieurs années, et qui ont dû être enlevés. Ce sont des fils de nylon. Nous refaisons toujours la paroi postérieure du canal inguinal au nylon, plus souvent nylon gainé que nylon tressé.

Deux fois seulement sur les 10 cas, nous avons trouvé comme notion étiologique un hématome suppuré dans les suites opératoires.

B)- Les douleurs.

58 malades se sont plaints de souffrir encore après la fin de la convalescence, soit 12,4 % des opérés.

A part un seul, aucun syndrome douloureux n'avait de caractère névralgique : douleur marquée et paroxysmes, aiguë, allant en croissant, et présentant des irradiations.

Un seul malade présenta un syndrome névralgique et il fut soulagé par une réintervention qui consista à découvrir le conjoint et à l'alcooliser.

Tous les autres malades décrivent des douleurs localisées à la face profonde de leur cicatrice, comparées à des tiraillements, exagérées par la marche ou la fatigue, mais surtout qui vont en diminuant. Beaucoup de malades parlent de leurs douleurs au passé. D'autres disent : "Je souffre encore un peu" ou "Je ne souffre plus que par moments", ou "Je souffre moins".

Sur les 58 malades qui ont accusé des douleurs, 30 déclarent qu'ils ont souffert pendant quelques mois, puis que la douleur a complètement disparu. 28 souffrent encore, mais leurs douleurs vont en diminuant.

Nous avons cherché une étiologie possible à ces douleurs.

a)- En fonction de la technique.

175 Conjoint Cooper donnent 16 syndromes douloureux, soit 9 %.

410 Bassini donnent 42 syndromes douloureux, soit 10 %.

On ne peut donc incriminer la technique.

b)- En fonction de la variété anatomique de la hernie.

273 hernies obliques externes à sac petit ou moyen donnent 28 syndromes douloureux, soit 10 %.

210 hernies directes donnent 14 syndromes douloureux, soit 7 %.

75 hernies à grand sac donnent 13 syndromes douloureux, soit 17 %.

21 hernies par glissement donnent 2 syndromes douloureux, soit 10 %.

6 hernies obliques internes ne donnent aucun syndrome douloureux.

On peut donc penser que les hernies volumineuses y prédisposent.

c)- En fonction de l'âge de l'opéré, de l'uni ou bilatéralité, de l'étranglement, nous n'avons rien trouvé de démonstratif.

C)- Les récidives.

Les récidives survenues après cette série d'interventions pratiquées pour hernie inguinale chez l'homme adulte opérée pour la première fois sont au nombre de :

69 hernies chez 67 malades,

c'est-à-dire que 2 fois la récidive fut bilatérale.

Soit 67 sur 466 = 14,4 % des opérés.

69 sur 585 = 12 % des hernies.

Ce sont là les chiffres bruts globaux sur le total des anciens opérés à Saint-Germain que nous avons pu retrouver.

En fait, la proportion de récidives varie selon plusieurs facteurs étiologiques.

a)- Les différents opérateurs n'ont pas la même statistique.

La fréquence des récidives est :

- Pour le chirurgien N° 1 :

11 % des hernies 13 % des malades

- Pour le chirurgien N° 2 :
6,6 % des hernies 7,1 % des malades
- Pour le chirurgien N° 3 :
8,3 % des hernies 9,5 % des malades
- Pour les internes :
14 % des hernies 18 % des malades

avec, pour ces quatre séries, des recrutements comparables, sauf pour le chirurgien N° 1 qui a davantage de malades âgés et de hernies étranglées, et pour les internes qui ont des malades un peu plus jeunes (On l'a vu plus haut).

b)- Les chances de succès de la cure dépendent de la forme du sac de la hernie.

Ainsi, sur 585 hernies :

- 273 hernies obliques externes à sac petit ou moyen
donnent 23 récidives, soit 8,7 %
- 210 hernies directes
donnent 23 récidives, soit 11 %
- 75 hernies à grand sac
donnent 17 récidives, soit 22,40 %
- 21 hernies par glissement
donnent 6 récidives soit 28,50 %
- 6 hernies obliques internes ne donnent pas de récidive.

On peut donc redouter particulièrement la récidive lorsqu'on opère une hernie à grand sac ou une hernie dite par glissement.

c)- Le procédé de BASSINI nous a donné de meilleurs résultats que l'abaissement du conjoint au Cooper.

Ainsi, sur 585 hernies opérées :

- les 410 Bassini donnent 39 récidives, soit 9,5 % ;
- les 175 Conjoint Cooper donnent 30 récidives, soit 17 %.

Ces deux techniques étaient appliquées à des séries comparables. Car ce n'est pas la forme anatomique de la hernie qui a fait employer une technique plutôt que l'autre.

Le chirurgien N° 1 a fait pendant 5 ans des Conjoint Cooper, puis pendant 2 ans des Bassini, puis, pendant les 2 dernières années, il a apporté au Bassini quelques améliorations techniques.

Le chirurgien N° 2 fait indifféremment des Conjoint Cooper ou des Bassini sans indication spéciale.

Le chirurgien N° 3 ne fait que des Bassini.

Chacun des internes fait pratiquement toujours la même technique.

d)- Le pronostic selon l'âge de l'opéré.

Sur nos 485 hernies :

34 appartenaient à des malades de 18 à 25 ans et ont donné 3 récidives, soit 9 % ;

45 appartenaient à des malades de 25 à 30 ans et ont donné 5 récidives, soit 11 % ;

141 appartenaient à des malades de 30 à 45 ans et ont donné 17 récidives, soit 12 % ;

289 appartenaient à des malades de 45 à 65 ans et ont donné 32 récidives, soit 11 % ;

enfin 76 appartenaient à des malades de plus de 65 ans et ont donné 12 récidives, soit 16 %.

On peut donc conclure que l'âge n'est guère déterminant qu'après 65 ans.

e)- Les hernies étranglées récidivent plus souvent que les autres.

Ainsi :

35 hernies étranglées ont donné 6 récidives,
soit 17 % ;

550 hernies non étranglées ont donné 63 récides, soit 11,4 %.

Pourquoi ?

- Parce que les hernies étranglées surviennent plus d'une fois sur deux chez des malades de plus de 65 ans. D'ailleurs, nos 6 malades qui ont fait des récidives après hernie étranglée avaient 80 ans, 75 ans, 72 ans, 65 ans, 57 ans, 37 ans.

- Parce que les hernies étranglées sont volontiers des hernies à gros sac ou des hernies par glissement. Ainsi, sur nos 35 hernies étranglées, nous avons : 11 hernies obliques externes, 4 hernies directes, mais aussi 16 hernies à grand sac et 4 hernies dites par glissement.

D'ailleurs, nos 6 hernies étranglées qui ont récidivé étaient pour 5 des hernies à grand sac, pour 1 une hernie directe.

f)- Les hernies bilatérales opérées en une seule séance récidivent-elles plus souvent que les hernies unilatérales ?

Sur nos 585 hernies, nous avons relevé :

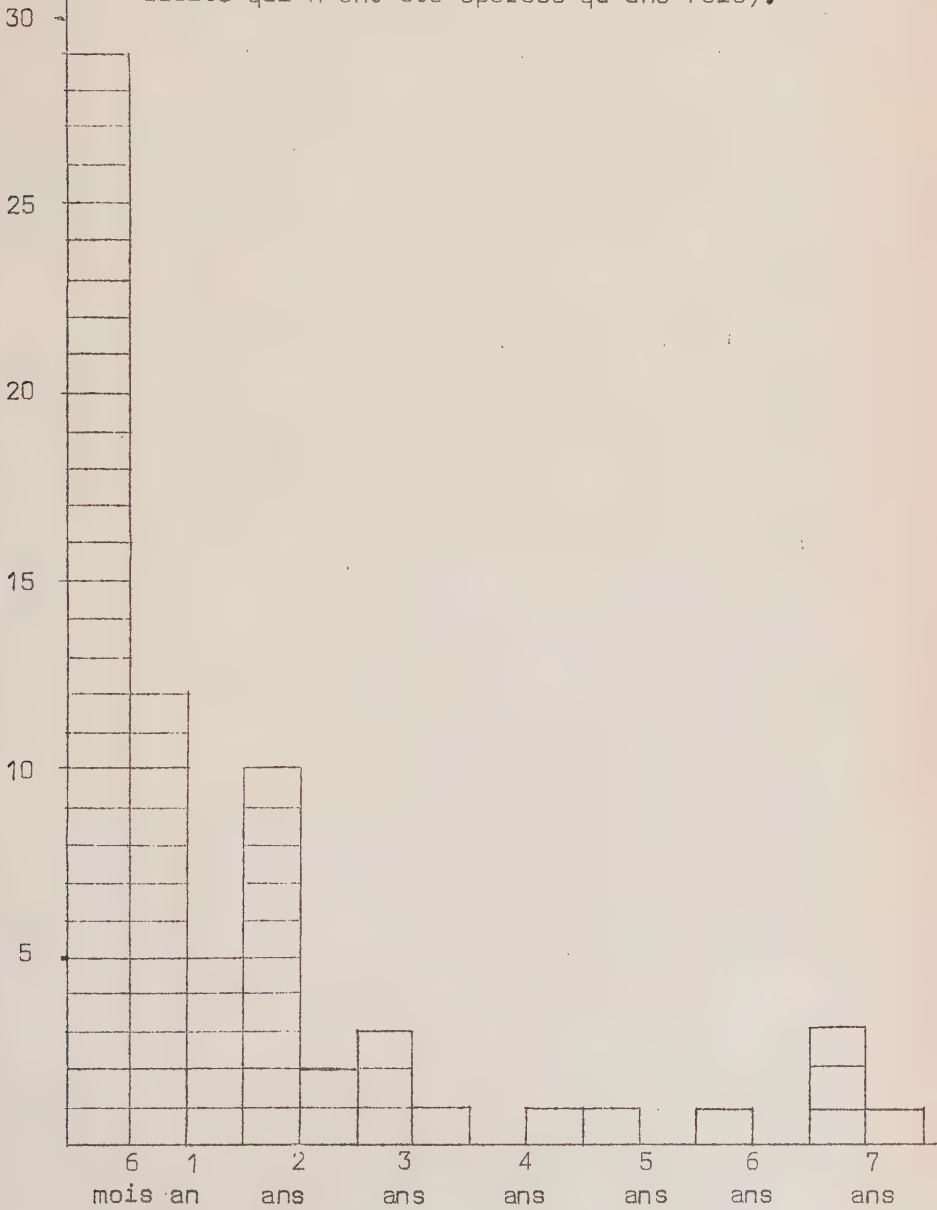
357 hernies unilatérales qui ont donné 48 récurrences,
soit 13,4 % ;

119 dossiers de hernies bilatérales qui ont donné
22 récidives, soit 9,24 %.

C'est là un résultat qui peut sembler paradoxal.

En fait, quand on opère un malade des deux côtés, il s'agit souvent d'une hernie d'un côté et d'une "pointe de hernie" de l'autre. C'est ce que nous avons vérifié :

Courbe représentant la date de survenue des récidives (des hernies inguinales de l'homme adulte qui n'ont été opérées qu'une fois).



Si on en croit cette courbe, nous pouvons prévoir que quelques récidives auront lieu, que nos malades n'ont pas encore eu le temps de présenter.

Ainsi, pour nos opérés de l'année 1961, ils ont été interrogés un an après l'intervention. Nous n'avons donc pu relever parmi eux que 60 % des récidives qu'ils présenteront effectivement.

Mais pour les opérés de l'année 1960, nous avons relevé déjà 84 % des récidives.

Et pour les autres années, la cause d'erreur, qui est toujours en moins, se minimise très rapidement.

C'est-à-dire que, les récidives étant précoces (60 % dans la 1ère année, 84 % dans les deux premières années) et que notre enquête ayant eu lieu un an après la dernière intervention de notre Service, nous sommes en droit de penser que les chiffres que nous avons avancés pour les récidives (12 % des hernies, 14,4 % des opérés) sont près de la vérité, quoique nécessairement un peu au-dessous.

o
o o

A côté de ces 619 dossiers représentant 770 hernies inguinales de l'homme adulte opérées pour la première fois, nous avons relevé 86 observations représentant 90 hernies venues pour récidive et qui ont été réopérées.

Ces observations nous ont permis de rechercher :

1°- l'anatomie pathologique des hernies récidivées ;

2°- Le pronostic de ces récidives reprises chirurgicalement.

1°- ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES HERNIES RÉCIDIVÉES.

Sur nos 86 observations, 4 hernies bilatérales seulement. La récurrence bilatérale est donc relativement rare.

Sur nos 90 hernies :

14 comptes rendus opératoires étaient insuffisants,
49 récurrences étaient obliques externes,
23 étaient directes,
6 étaient internes,
1 était une énorme éversion,
1 était une distension de l'aine.

Ainsi donc, 65 % des récurrences se font par l'orifice inguinal profond externe,
30 % des récurrences sont directes.

Dans la cure de hernie, il convient donc de soigner tout particulièrement l'orifice inguinal profond externe.

2°- PRONOSTIC DES HERNIES RÉCIDIVÉES ET REPRISES CHIRURGICALEMENT

Sur nos 86 observations représentant 90 hernies récurrences, nous avons eu :

1 décès post-opératoire (de hernie étranglée),
13 malades représentant 14 hernies n'ont pu être suivies.

Il nous reste donc comme matériel d'étude 73 observations représentant 76 hernies récurrences dont 3 bilatérales.

a)- 66 hernies récurrences l'étaient pour la première

fois. Elles étaient donc opérées pour la deuxième fois. Et elles ont permis d'obtenir :

= 53 succès :

7 succès constatés après un recul de 1 an	
10 succès	" " " 2 ans
12 succès	" " " 3 ans
3 succès	" " " 4 ans
5 succès	" " " 5 ans
4 succès	" " " 6 ans
5 succès	" " " 7 ans
4 succès	" " " 8 ans
3 succès	" " " 9 ans

= 13 échecs

1 récurrence immédiate	
2 récurrences survenues au 10 ^{me} jour	
1 récurrence survenue au bout de 2 mois	
2 récurrences	" " 6 mois
3 récurrences	" " 1 an
2 récurrences	" " 3 ans
1 récurrence	" " 4 ans
1 récurrence	" " quelques années

Mais, parmi ces 13 échecs, 4 ont pu être repris par une troisième opération avec succès (constatés après un recul de 7 ans, 3 ans, 2 ans, 1 an, respectivement).

= Au total, 66 hernies récidivées pour la première fois permettent d'obtenir, par une seconde opération :

53 succès,

13 échecs, mais parmi ces 13 échecs, 4 ont été repris avec succès par une troisième opération.

b)- 7 hernies récidivées pour la deuxième fois ont été reprises par une troisième opération. Elles ont permis d'obtenir :

= 5 succès :

2 succès constatés après un recul de 7 ans			
1 succès	"	"	3 ans
1 succès	"	"	2 ans
1 succès	"	"	1 an

= 2 échecs : 2 récidives survenues au bout de 6 mois.

c)- 6 hernies récidivées pour la troisième fois ont été reprises par une quatrième opération. Elles ont permis d'obtenir :

= 3 succès :

1 succès constaté après un recul de 6 ans			
1 succès	"	"	5 ans
1 succès	"	"	6 mois

= 3 échecs :

1 récidive survenue au bout de 3 semaines			
1 récidive	"	"	2 ans
1 récidive	"	"	4 ans

Mais, parmi ces 3 échecs :

- l'un a pu, par une cinquième opération, être repris avec un succès confirmé après un recul de 2 ans ;
- un autre a été repris aussi par une cinquième opération, mais avec nouvel échec.

d)- 4 hernies récidivées pour la quatrième fois ont été reprises par une cinquième opération. Elles ont permis d'obtenir :

3 succès :

2 succès constatés après un recul de 2 ans			
1 succès	"	"	5 ans

1 échec :

1 récidive survenue au bout de 6 mois.

On peut donc conclure que le pronostic des hernies récidivées et reprises n'est pas tellement mauvais. Il justifie l'obstination de certains, puisque, pour 82 interventions pour hernies récidivées, nous n'avons constaté que 19 échecs, soit 23%.

= II =

LES HERNIES INGUINALES

DE LA FEMME ADULTE

=====

Là encore, le recrutement est double :

1°- A l'hôpital.

64 dossiers représentant 70 hernies (dont 6 dossiers de hernies bilatérales) se détaillant ainsi :

- 58 dossiers représentant 64 hernies opérées pour la première fois,
- 6 dossiers représentant 6 hernies opérées pour récurrence.
(Sur ce total, nous avons 7 hernies étranglées :
6 étaient opérées pour la première fois,
1 l'était pour récurrence).

2°- A la clinique.

50 dossiers représentant 52 hernies (dont 2 dossiers de hernies bilatérales), se détaillant ainsi :

- 49 dossiers représentant 51 hernies opérées pour la première fois,
- 1 hernie vue pour récurrence.

(Sur ce total, nous avons 9 hernies étranglées, toutes opérées pour la première fois).

Le recrutement à l'hôpital et à la clinique ne diffère guère quant à l'âge des malades :

- A l'hôpital, sur 64 malades :

8 ont de 18 à 30 ans, soit 12,5 %
18 ont de 30 à 45 ans, soit 28 %
23 ont de 45 à 65 ans, soit 36 %
15 ont plus de 65 ans, soit 23,4 %

- A la clinique, sur 50 malades :

9 ont de 18 à 30 ans, soit 18 %
22 ont de 30 à 45 ans, soit 44 %
11 ont de 45 à 65 ans, soit 22 %
8 ont plus de 65 ans, soit 16 %

Les malades seraient un peu plus jeunes à la clinique.

Les hernies inguinales bilatérales sont moins fréquentes chez la femme que chez l'homme :

- Chez la femme : 8/114 malades = 7 %
- Chez l'homme : 121/695 malades = 17 %.

Les hernies inguinales étranglées sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

- Chez la femme : 16/122 hernies = 13 %
- Chez l'homme : 59/853 hernies = 6,9 %.

L'étranglement d'une hernie inguinale survient chez la femme à un âge plus jeune que chez l'homme.

Sur nos 16 hernies inguinales étranglées de la femme :

2 avaient de 30 à 45 ans,
7 avaient de 45 à 65 ans,
7 avaient plus de 65 ans,

alors que chez l'homme les hernies étranglées se vo-

yaient pour 57 % des cas chez des malades de plus de 65 ans.

Au Centre de Saint-Germain ont donc été opérées pour la première fois 107 femmes porteuses de 115 hernies inguinales.

Les comptes rendus opératoires nous ont permis de classer ces hernies en 5 catégories :

Hernies obliques externes à sac petit ou moyen	73, soit 63 %
Hernies directes	21, soit 18 %
Hernies à grand sac	19, soit 16 %
Hernies par glissement	2, soit 1 %
Hernies obliques internes	0

Donc, chez la femme, davantage de hernies obliques externes, moins de hernies directes, autant de hernies à grand sac que chez l'homme.

Les techniques employées pour la cure de ces hernies ont été :

- 60 fois le Conjoint Cooper,
- 67 fois l'abaissement du conjoint à l'arcade crurale.

Pour les hernies étranglées :

- 11 fois l'abaissement du conjoint à l'arcade,
- 5 fois le Conjoint Cooper.

A noter que la résection intestinale fut relativement fréquente dans cette courte série de hernies inguinales étranglées chez la femme : 2/16 étranglées.

RESULTATS DES INTERVENTIONS POUR HERNIES INGUINALES
DE LA FEMME OPEREES POUR LA PREMIERE FOIS

De cette série sont donc exclues les hernies réopérées pour récurrence.

1°)- MORTALITE.

2 sur 107 opérées. C'était deux femmes âgées opérées de hernie étranglée. L'une mourut d'insuffisance cardiaque le 26^{me} jour. L'autre fit une mort subite le quatrième jour.

2°)- COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES.

1 phlébite sur 107 opérées.

Une femme de 56 ans est opérée sous anesthésie générale d'une hernie inguinale étranglée depuis 48 heures. On doit réséquer.

3°)- RESULTATS A DISTANCE.

Pour les préciser, nous avons dû retrouver nos malades. Or, 25 ont été perdues de vue.

8 sont mortes.

6 n'ont pas voulu répondre.

11 ont changé d'adresse.

Il nous reste donc comme matériel d'étude 82

dossiers représentant 88 hernies opérées pour la première fois (6 hernies sont bilatérales).

a)- 3 malades se plaignent de fil qui ont suppuré pendant plusieurs mois. La suppuration cessa après ablation du fil. Dans l'histoire de ces malades, on peut relever, chez deux d'entre elles, un hématome post-opératoire suppuré.

b)- 14 malades se plaignent de douleurs.

14/82, soit 17 % des opérées.

Donc, un peu plus que chez l'homme, chez qui l'on a trouvé 12,4 % de douleurs.

Les douleurs ont exactement les mêmes caractères que chez l'homme. On n'a, chez la femme, observé qu'un seul syndrome à caractère névralgique: il fut calmé par la physiothérapie.

c)- Les récidives sont au nombre de 5 seulement,

soit $5/82 = 6 \%$ des malades,

$5/88 = 5,75 \%$ des hernies,

donc beaucoup moins fréquentes que chez l'homme.

Pourquoi si peu de récidives chez la femme, alors que les mêmes hernies graves : la hernie à grand sac et la hernie dite par glissement, y sont aussi bien représentées que chez l'homme ?

Parce que :

- la hernie oblique externe à sac petit et moyen y est mieux représentée,

- et sans doute parce que lors de la cure on supprime complètement l'orifice inguinal externe avec au besoin section du ligament rond.

Le petit nombre de nos récidives chez la femme

ne permet pas de rechercher de façon plus précise un facteur étiologique.

C'est ainsi que nous avons :

- 2 récidives après 42 sutures conjoint arcade,
- 3 récidives après 46 sutures conjoint Cooper.

Par contre, les 5 récidives qu'ont accusées nos opérées ont toutes été très précoces : 2 mois, 2 mois, 2 mois et demi, 3 mois, 4 mois.

Dans ces conditions, nous pouvons penser que nos chiffres de 6 % des malades, 5,75 % des hernies, sont relativement exacts, les malades les plus récemment opérées ayant été interrogées 1 an après et les récidives s'avérant être très précoces.

A côté de cette série de hernies opérées pour la première fois, nous avons réopéré 6 hernies venues pour récidive :

- 3 fois, la récidive se faisait par l'orifice inguinal profond externe,
- 1 fois, il s'agissait de récidive interne,
- 1 fois, de récidive directe,
- 1 fois, le compte rendu opératoire était insuffisant.

Une septième observation concernait une hernie inguinale oblique externe, survenue après cure de hernie crurale par voie crurale.

Là encore, comme chez l'homme, la récidive est le plus souvent oblique externe.

Nous avons pu suivre 5 de ces hernies récidivées et reprises chirurgicalement. Nous avons constaté :

- 1 succès vérifié 3 ans après,
- 1 succès vérifié 8 ans après,

- 1 succès vérifié 9 ans après,
- 1 échec avec récurrence 1 mois après,
- 1 échec avec récurrence 1 mois après, mais repris
encore avec, cette fois, 1 succès vérifié
4 ans après.

Donc, chez la femme, nos hernies inguinales
récidivées ont été reprises avec finalement 4 succès
sur 5, et la récurrence, quand elle est survenue, a
été très précoce.

= III =

LES HERNIES CRURALES

=====

Nous en avons rassemblé 153 dossiers représentant 157 hernies (dont 4 hernies bilatérales), se détaillant en :

- 142 dossiers représentant 146 hernies opérées pour la première fois, et
- 11 dossiers représentant 11 hernies vues pour récidives et réopérées.

Notons déjà la rareté des hernies crurales bilatérales.

Age et sexe des malades porteurs de hernies crurales

= 121 femmes : 6 de moins de 30 ans,
 25 de 30 à 45 ans,
 30 de 45 à 65 ans,
 60 de plus de 65 ans.

= 32 hommes : 3 de moins de 30 ans,
 8 de 30 à 45 ans,
 13 de 45 à 65 ans,
 8 de plus de 65 ans.

La hernie crurale est donc essentiellement une affection de la femme et plus particulièrement de la femme après 65 ans.

Age et sexe des hernies étranglées

= 57 femmes : 1 avant 30 ans,
 6 de 30 à 45 ans,
 7 de 45 à 65 ans,
 43 après 65 ans.

= 14 hommes : 0 avant 30 ans,
 1 de 30 à 45 ans,
 7 de 45 à 65 ans,
 6 après 65 ans.

L'étranglement est donc particulièrement fréquent dans les hernies crurales : $71/153 = 46,4 \%$.

La hernie étranglée est surtout le fait de la femme de plus de 65 ans.

Les hernies crurales récidivées sont souvent vues à l'occasion d'un étranglement.

Sur 11 hernies vues pour récidives, 6 étaient étranglées.

Techniques utilisées

Le Conjoint Cooper par voie inguinale fut la technique la plus souvent utilisée : elle le fut pour 117 hernies, alors que la suture arcade Cooper par voie crurale ne fut utilisée que pour 40 hernies.

Dans la série des hernies étranglées, il fallut faire moins de Conjoint Cooper par voie inguinale. On ne put en faire que pour 44 hernies contre 27 sutures arcade Cooper par voie crurale.

Nous n'avons pas fait davantage de résection intestinale pour hernie crurale étranglée que pour hernie inguinale étranglée :

- 4 résections intestinales pour 71 hernies crurales

étranglées,

- 4 résections intestinales pour 72 hernies inguinales étranglées.
-

RESULTATS DE LA CURE OPERATOIRE
DES HERNIES CRURALES
OPEREES POUR LA PREMIERE FOIS

(Donc en excluant les hernies réopérées pour récidives).

Nous en avons relevé 142 dossiers représentant 146 hernies, dont 65 dossiers représentant 65 hernies étranglées.

1°)- MORTALITE.

4 sur 142.

Il s'agissait de 4 femmes âgées (79 ans, 83 ans, 72 ans, 74 ans), opérées de hernies étranglées et qui sont mortes :

- la 1ère : le 16me jour d'escarres précoces ;
- la 2ème : le 12me jour, dans la fièvre et le collapsus (elle avait subi une résection intestinale) ;
- la 3ème : le 5me jour, d'ictus cérébral ;
- la 4ème : le 8me jour, d'un foyer pulmonaire.

Au total, la mortalité des hernies crurales n'a été due qu'à des étranglements chez des femmes âgées.

La mortalité par hernie crurale étranglée est de 4/65, soit 6 %. Donc moindre que pour hernie inguinale étranglée.

Dans notre série, l'étranglement des hernies crurales ne s'est pas avéré plus grave que celui des hernies inguinales, au contraire :

Nous avons fait le même nombre de résections intestinales dans l'une et l'autre variété.

La mortalité a été moindre pour les hernies crurales étranglées.

2°)- ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES.

Sur nos 142 opérés, 2 phlébites, guéries toutes les deux par un traitement anticoagulant de 25 à 30 jours.

3°)- INCIDENTS POST-OPÉRATOIRES.

Un seul sérieux : une dysurie post-opératoire transitoire. C'était une femme de 31 ans, chez qui la hernie contenait une partie de la vessie.

4°)- RESULTATS A DISTANCE.

Sur nos 142 dossiers représentant 146 hernies, 43 malades représentant 44 hernies n'ont pu être retrouvés :

19 parce qu'ils sont morts,
8 n'ont pas voulu répondre,
16 ont changé d'adresse.

Il reste donc à étudier 99 dossiers représentant 102 hernies.

A/- 3 malades se plaignent de suppuration de fil pendant 6 mois à 1 ans, jusqu'à l'ablation du fil.

Une seule fois, on retrouve comme cause possible un hématome post-opératoire..

B/- 10 malades se plaignent de souffrir, mais surtout d'avoir souffert.

Les douleurs ont les mêmes caractères que ce que nous avons vu à propos des hernies inguinales.

Mais, fait important, ces 10 malades ont tous sans exception été opérés par le procédé d'abaissement du Conjoint au Cooper. Aucun des malades opérés par suture arcade Cooper n'a accusé de douleurs. Si on rapproche cette constatation du fait qu'on ne trouve que très exceptionnellement de névralgie après cure opératoire des hernies de l'aine, on est en droit de penser que les douleurs ne sont dues qu'à des tiraillements musculaires.

C/- Les récidives.

Nous n'en avons que 6 sur 99 dossiers représentant 102 hernies, donc 6 %.

Dans l'étiologie de ces récidives, nous avons retenu que :

1/- La hernie crurale de la femme opérée par Conjoint Cooper par voie inguinale ne récidive guère: sur 65 femmes ainsi opérées, une seule récidive, soit 1,57 %.

2/- La hernie crurale de la femme opérée par suture de l'arcade au Cooper par voie crurale récidive davantage. Sur 25 femmes ainsi opérées, 3 récidives, soit 12 %.

3/- La hernie crurale de l'homme, plus rare que celle de la femme, semble plus grave. Nous en avons suivi 22 et avons constaté 2 récidives, soit 9 %. Les deux récidives sont le fait de hernies opérées cependant par voie inguinale, selon le procédé du Conjoint Cooper.

4/- Les récidives tant chez l'homme que chez la femme surviennent précocement.

ETUDE DES HERNIES CRURALES
VUES POUR RECIDIVES ET REOPEREES

Nous en avons relevé 11 dossiers représentant 11 hernies :

= 3 avaient des antécédents de hernie crurale opérée:

1 homme et
2 femmes.

Les 3 ont été repris avec un succès vérifié plusieurs années après : 2 ans, 4 ans, 6 ans.

= Les 8 autres avaient des antécédents de hernie inguinale opérée :

7 hommes et
1 femme.

On a pratiqué chez la femme, par voie inguinale, l'excision d'un sac volumineux, puis la suture Conjoint-Cooper. Ce fut un succès qui se maintient 4 ans après.

Chez 4 hommes, on fait la même chose pour obtenir des succès qui se maintiennent 8 ans, 8 ans, 3 ans et 3 ans après.

Un cinquième homme meurt des suites opératoires, d'un infarctus du myocarde.

Les deux autres réinterventions chez l'homme furent des échecs :

- L'une était une hernie crurale étranglée, récidive d'une hernie inguinale bilatérale opérée 2 mois plus tôt. On ne fit qu'une suture arcade-Cooper par voie crurale. La récidive survint 2 mois après.

- L'autre était une grosse hernie crurale, récidive d'une hernie inguinale déjà 2 fois opérée. On fit un Conjoint-Cooper par voie inguinale. La récidive survint 6 mois après.

EN CONCLUSION, on peut donc constater :

- La rareté de la hernie crurale récidivée chez la femme, mais son bon pronostic si on la réopère :

3 observations de réintervention = 3 succès.

- La fréquence plus grande de la hernie crurale de l'homme survenant comme récidive après intervention sur hernie inguinale, mais son pronostic encore assez favorable :

4 succès,

2 échecs, mais tous 2 étaient de mauvais cas.

= IV =

C O M M E N T A I R E S

=====

A/- Pour les HERNIES CRURALES, les statistiques classiques semblent pessimistes.

- PAYNE, en 1935, donne le chiffre de 8 à 30 % de récidives.

- Mc CLURE et FALLIS accusent :

10 % de récidives si la hernie est opérée par voie crurale,

7,5 % de récidives après cure par voie inguinale.

- HALSTEDT accuse :

14 % de récidence après cure des hernies non étranglées,

27 % après cure de hernie étranglée.

Pour notre part, nous avons étudié séparément les hernies crurales de l'homme et celles de la femme. Nous avons trop peu de hernies crurales de l'homme pour conclure, mais nous pensons qu'elles sont de cure plus difficile que celles de la femme. Chez la femme, par contre, le problème nous semble résolu : la cure par voie inguinale en abaissant le conjoint au Cooper ne nous a donné qu'une récidence sur 65, cela au prix de quelques douleurs mais qui disparaissent au bout de quelques mois et qui, en tout cas, n'ont le caractère que de tiraillements musculaires.

La suture de l'arcade crurale au ligament de Cooper par voie crurale nous a donné, au contraire, 3 récidives sur 25, sans jamais entraîner de douleurs, par contre.

Nous devons donc, pour les hernies crurales de la femme, recommander la technique de l'abaissement du conjoint au Cooper.

B/- Les HERNIES INGUINALES de la femme adulte ont peu tendance à récidiver (5,75 %) si on les compare à celles de l'homme (12 %).

Chez la femme, les deux techniques, abaissement du conjoint au ligament de Cooper, ou abaissement du conjoint à l'arcade crurale, ont donné sensiblement les mêmes résultats. Et ce sont de bons résultats. Mais puisque le conjoint s'abaisse facilement chez la femme, et qu'il est intéressant chez elle d'effacer en même temps l'orifice crural, nous sommes en droit de recommander, pour les hernies inguinales de la femme adulte, la technique dite "conjoint-Cooper".

C/- Mais c'est la hernie inguinale de l'homme qui reste le problème mal résolu.

Notre statistique peut sembler pessimiste, puisque nous n'avons guère plus de 12 % de récurrence après la cure d'une hernie inguinale de l'homme opérée pour la première fois.

En fait, nos chiffres ne sont pas tellement différents, semble-t-il, de ceux d'une grande enquête faite à New-York par ERDMANN. (Inguinal hernia in the male ; late results in 978 traced cases. - Annals of Surgery, 1923, p. 171).

Cette enquête fut menée avec le plus grand sérieux, car tous les opérés furent revus tous les six mois pendant des années. Il s'agissait d'une série de 908 hernies non étranglées, enfants et

adultes compris. Le total des récurrences était de 7,46 %. Les hernies obliques externes ne donnaient que 3,15 % de récurrences. Les hernies directes en donnaient 16,61 %. Si l'on tient compte du fait que les hernies étranglées sont exclues de cette étude, et nous avons vu qu'elles récidivent plus que les autres, si l'on tient compte aussi du fait que toutes les hernies de l'enfant d'ERDMANN étaient dans le groupe oblique externe, on est en droit d'estimer que ses chiffres sont voisins des nôtres.

D'autre part, la courbe qu'ERDMANN a tracée pour la date de survenue des récurrences est très voisine de la nôtre. Les récurrences surviennent

48 fois sur 100 dans les 6 premiers mois,
74 fois sur 100 dans les 12 premiers mois,
90 fois sur 100 dans les 18 premiers mois,
98 fois sur 100 dans les 2 ans.

Enfin, ERDMANN a fait 52 interventions pour hernie récidivée et a obtenu 12 échecs, soit 23,1 %. De notre côté, nous avons pu retrouver 82 opérés pour hernies récidivées et constaté 19 échecs, soit exactement le même chiffre de 23 %.

ERDMANN avoue 144 tuméfactions scrotales post-opératoires, soit 13,1 %, ce qui est un chiffre énorme. Il en fait une étude étiologique et distingue :

- 51 hydrocèles traitées par ponction et qui ont guéri en 4 mois ou 1 an ;
- 93 autres tuméfactions post-opératoires dues à :
 - . une atteinte veineuse ou
 - . un hématome ou
 - . une orchio-épididymite.

La moitié des tuméfactions de ce groupe régressent spontanément en moins de 3 mois, mais le risque d'atrophie testiculaire est élevé.

Certains auteurs réinterviennent sur ces bour-

ses tuméfiées.

BAKER et EVOY conseillent la décompression du testicule par incision de l'albuginée.

FRUCHAUD dit n'avoir incisé que les bourses très tuméfiées et avoir constaté alors souvent un testicule infarci et noirâtre.

Dans notre série, à Saint-Germain, le syndrome grosse bourse post-opératoire a été absolument exceptionnel : 3 seulement sur 496 hernies inguinales de l'homme.

Cependant, si nos interventions ont le mérite de l'innocuité tant pour le testicule que pour le pronostic vital de l'opéré, nous ne pouvons être satisfait de nos 12 % de récidives et nous avons pensé à trois possibilités pour améliorer les résultats :

1°)- La première possibilité est de reprendre nos hernies récidivées ; c'est ce que nous faisons. Nous obtenons ainsi 77 % de succès. Si bien qu'un malade qui, a priori, accepterait d'être opéré deux fois, aurait approximativement :

$$\frac{88}{100} + \left(\frac{12}{100} \times \frac{77}{100} \right) = \frac{97}{100}$$

97 chances sur 100 de succès.

Il suffirait donc de prévenir les médecins, voire les malades, de la nécessité de réopérer rapidement toutes les récidives.

Mais on peut tenter de gagner en un seul temps et pour cela envisager :

2°)- Une deuxième possibilité : poser les prothèses. Nous n'en avons pas la pratique. C'est que les résultats éloignés de cette méthode sont l'objet de bien peu de statistiques.

M. ZAGDOUN pose des plaques de nylon depuis 1951. Il pose un peu plus de 1 plaque pour 2 hernies inguinales de l'adulte. Il a envoyé des questionnaires aux malades qu'il a ainsi opérés. 80 % ont répondu, soit 116 malades. Et M. ZAGDOUN constate ainsi 8 récurrences après prothèse, soit 7 %. Et il faut rappeler que les cas choisis pour poser la prothèse représentent la plus mauvaise moitié du tout venant des hernies inguinales. A condition d'exiger une peau impeccable, M. ZAGDOUN n'aurait que très peu d'accidents septiques ou d'intolérance.

DORAN (A report on 3/3 inguinal herniae repaired with nylon nets : The British Journal of Surgery, 1961, p. 430), après 195 hernies traitées par plaque de nylon, n'accuse que 10 mauvais résultats : 4 récurrences et 6 suppurations graves où il fallut enlever la plaque.

D'autres s'orientent vers les plaques métalliques. Les plaques de tantalum se fracturent. DALES et VYLE les ont trouvées toutes fracturées au bout de trois ans (Late results of using tantalum gauze in the repair of large hernias - Surgery, 1958, tome 43, N° 2, p. 294). Mais cette fracture de l'implant ne serait pas nécessairement incompatible avec un bon résultat clinique pour BURNELL, qui observe cependant 3 récurrences sur 44 hernies traitées par plaques de tantalum (The treatment of difficult inguinal herniae with tantalum gauze.- British Journal of Surgery, Janv. 1954, N° 168, p. 354).

D'autres auteurs, comme Monsieur THOMERET, préfèrent la grille d'acier solide et bien tolérée. Mais leurs résultats à distance ne sont pas connus.

3°)- Une troisième possibilité pour améliorer les résultats semble être de réapprendre à exécuter l'opération de BASSINI.

FASIANI et CATTERINA, de Padoue, pour commémorer le cinquantenaire de l'opération de BASSINI,

décrivent, dans les Scrittidi Chirurgia Enniaria, Vol. 1, p. 82, ce qu'ils considèrent comme la technique originale. Elle consiste essentiellement, après avoir réséqué le sac, à abaisser derrière le cordon et à suturer la triple couche ("triplice strato") du petit oblique, transverse, fascia transversalis au bord postérieur de l'arcade crurale. Et il faut préalablement inciser le fascia transversalis et décoller la face profonde de celui-ci en introduisant un instrument mousse entre fascia transversalis et graisse sous-péritonéale.

Les auteurs américains, en particulier SKINNER et PALUMBO, dont les statistiques sont si bonnes, procèdent de la même façon : tous les deux conseillent de prendre le transversalis, de ne prendre que du fascia blanc et d'éviter de prendre du muscle rouge.

Monsieur DAUTRIE décrit très bien ce fascia transversalis mince dans la zone de faiblesse entre conjoint et pilier, mais reprenant son épaisseur à la face profonde du transverse.

Et FRUCHAUD conseille à ceux qui veulent faire un vrai Bassini d'inciser le fascia transversalis au bord inférieur du transverse, de décoller le fascia du péritoine, et pour abaisser "la triple couche" de ne pas prendre le petit oblique qui est musculaire, mais de charger du transverse qui est conjonctif à sa partie basse où il présente son aponevrose terminale, mais de charger surtout le fascia transversalis qui est le meilleur élément conjonctif. Il insiste, à ce sujet, sur le fait que c'est le tissu conjonctif qui assure la cicatrisation.

Pour éviter de suturer sous tension, M. DAUTRIE conseille de faire un point interne en X qui s'attache en bas sur le trousseau fibreux solide situé de part et d'autre de l'épine du pubis, et qui en haut prend le conjoint. Ce point abaisse le conjoint. Les autres points fins et sans aucune tension ne sont plus que des points d'affrontement.

POLYA, SKINNER et DUNCAN, PALUMBO ont conseillé de placer le néo-orifice profond le plus externe possible, car, comme le signale FRUCHAUD, la poussée abdominale est dirigée en bas et en dedans. PALUMBO et FRUCHAUD pensent que le nouvel orifice profond doit être petit. On ne doit pouvoir y placer avec le cordon que le bout plat de la petite pince à disséquer. Ils recommandent pour cela de réséquer les différents faisceaux du crémaster pour amincir le cordon. Et ils font un point arcade conjoint préfuniculaire au bord externe du nouvel orifice profond.

En conséquence, à Saint-Germain, nous nous sommes efforcés de faire quelques Bassini vrais : pour refaire la paroi postérieure du canal inguinal, nous incisons le fascia transversalis au bord inférieur du conjoint et nous n'abaïssons à l'arcade crurale que des fibres conjonctives. Nous ne laissons qu'un petit orifice profond en réséquant le crémaster et en plaçant un point préfuniculaire en dehors.

Nous avons pu suivre ainsi 39 opérés de cette façon. Tous étaient des hernies opérées pour la première fois. Le recrutement était le tout venant. Cette courte série présente les mêmes proportions de hernies bilatérales, de hernies étranglées que la série globale précédente. Les malades des différents âges, les variétés anatomiques des hernies y sont représentés de la même façon. Et les résultats en sont :

- aucune mortalité,
- aucun accident post-opératoire,
- 1 hématome suppuré,
- 4 syndromes douloureux après la convalescence,
- mais surtout une seule récurrence, le fait d'une grosse hernie directe.

Cette série est évidemment encore trop courte, bien qu'elle soit étalée sur trois ans ; mais il semble intéressant de chercher dans ce sens,

surtout si l'on considère que cela ne comporte aucun risque.

CONCLUSIONS

Du 17 Avril 1953 au 1er Janvier 1962, au Centre chirurgical de Saint-Germain-en-Laye, ont été opérées 1126 hernies inguinales et crurales de l'adulte. Tous nos patients avaient de 18 à 93 ans. Nous avons pu savoir ce que sont devenues 872 de ces hernies.

Pour apprécier nos résultats, nous disposons d'un recul de près d'un an pour les cas opérés le plus récemment. Et comme nous avons constaté que les récidives sont précoces (85 % des récidives se font dans les deux ans), nous sommes en droit de penser que les chiffres que nous avançons sont près de la vérité.

I - HERNIES CRURALES DE LA FEMME.

L'abaissement du conjoint au ligament de Cooper par voie inguinale ne nous a donné qu'une récidence sur 65, cela au prix de quelques douleurs à type de tiraillements musculaires et qui disparaissent au bout de quelques mois.

La suture de l'arcade crurale au ligament de Cooper par voie crurale nous a donné, par contre, 3 récides sur 25, mais sans jamais entraîner de douleurs cependant.

Nous devons donc recommander la première de ces deux techniques.

II - HERNIES CRURALES DE L'HOMME.

Leur rareté rend leur étude difficile. Sur 22 cas suivis, 17 avaient été opérés par abaissement du Conjoint au Cooper par voie inguinale et ont donné lieu à 2 récidives. 5 avaient été opérés par suture de l'arcade au Cooper par voie crurale sans entraîner de récidive.

Mais la faiblesse de ces chiffres interdit de conclure, si ce n'est peut-être que les hernies crurales de l'homme sont de cure plus difficile que celles de la femme.

III - HERNIES INGUINALES DE LA FEMME.

Elles ont, dans l'ensemble, peu tendance à récidiver : 5 récidives sur 88, soit 5,75 %.

L'abaissement du conjoint au Cooper nous a donné 3 récidives sur 46.

Tandis que l'abaissement du conjoint à l'arcade en a entraîné 2 sur 42.

Les deux techniques donnent donc sensiblement les mêmes résultats. Mais puisque le conjoint descend facilement chez la femme et qu'il est important chez elle d'effacer en même temps l'orifice crural, nous recommandons cette technique dite "Conjoint - Cooper".

IV - HERNIES INGUINALES DE L'HOMME.

Nous en avons retrouvé 770: - 530 avaient été opérées selon le procédé de BASSINI, - 232 par abaissement du conjoint au Cooper.

Et nous avons obtenu le chiffre global de 12 % de récidives.

En fait :

1)- Ce chiffre varie de 6,6 à 14 % selon l'opérateur.

2)- Ce sont les hernies à grand sac et les hernies dites par glissement qui donnent le plus de récurrences.

3)- C'est le procédé de Bassini qui nous a donné les meilleurs résultats : 9,5 % de récurrences, tandis qu'après abaissement du conjoint au Cooper nous avons 17 % de récurrences.

4)- L'âge ne prédispose aux récurrences qu'à partir de 65 ans.

5)- Les hernies étranglées récidivent plus que les autres.

6)- Enfin, si on opère les hernies bilatérales dans une même séance, - ou bien il s'agit d'une hernie d'un certain volume de chaque côté, on majore alors certainement le risque de récurrence ;
- ou bien la lésion n'est importante que d'un côté, on n'augmente pas le risque.

Les récurrences surviennent précocement :

- 42 % apparaissent dans les 6 premiers mois qui suivent l'intervention ;
- 42 % apparaissent du 7^{me} au 25^{me} mois ;
- 16 % apparaissent de la 3^{me} à la 8^{me} année.

La reprise chirurgicale de ces hernies récidivées donne encore 67 % de succès durables.

Il convient donc de prévenir les médecins de l'utilité de réopérer les récurrences.

Enfin, pour l'ensemble de nos hernies inguinales de l'homme, n'ayant pas l'expérience des prothèses, nous sommes restés fidèles au procédé de

BASSINI et, depuis trois ans, quelques-uns d'entre nous se sont efforcés de réaliser des Bassini vrais. C'est-à-dire que, pour refaire la paroi postérieure du canal inguinal, nous incisons le fascia transversalis au bord inférieur du conjoint. Et nous abaissons derrière le cordon la triple couche du petit oblique, transverse, fascia transversalis, pour la suturer au bord postérieur de l'arcade crurale en ne chargeant dans les points que des fibres conjonctives blanches. Nous réséquons les crémasters et notre orifice profond est refait étroit grâce à un point préfuniculaire externe.

Ce faisant, nous ne réalisons que ce que conseillent FASIANI, SKINNER, PALUMBO, FRUCHAUD.

Nous avons ainsi une courte série qui semble prometteuse.

Nous pensons donc que, pour la hernie inguinale de l'homme, le procédé de BASSINI reste la meilleure technique classique, que ses résultats peuvent être bien améliorés par une réalisation soignée, et qu'elle a le mérite de l'innocuité. Notre exposé n'a, en effet, relevé que :

- peu de mortalité (à part quelques hernies étranglées du grand vieillard ou du taré) ;
 - peu de phlébites ;
 - peu d'accidents ou d'incidents post-opératoires ;
 - d'exceptionnels accidents testiculaires ;
 - mais quelques douleurs, qui ne sont que des tiraillements musculaires s'effaçant en quelques mois.
-

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,

L. BINET

Le Président
de la thèse,

J. PATEL

B I B L I O G R A P H I E

- AVEDISSOV (S.S.) - La pathogénie des hernies inguinales récidivantes et les résultats éloignés de l'opération modifiée par l'auteur.- Khirurgia (Moscou), 1959, N° 4, 96-102 (Bibliogr.).
- BORGSTROM (S.) - Taux des récurrences de hernies inguinales latérales chez l'adulte.- Acta Chir. Scand., 27 Juil. 1951, 101, N° 6, 429-443 (Bibliogr.).
- BOURGEON (R.), PANTIN (J.P.), GUNTZ (M.), APROSIO (N.) et VIDEAU (J.) - Notre expérience de la thérapeutique des vastes hernies inguinales par plaque de nylon.- Afrique Franç. Chir., Juil.-Août 1955, 13, N° 4, 423-427.
- BRUN (H.C.W.S. de) - La hernioplastie au moyen de gaze de tantalum.- Military Surgeon, Fév. 1949, 104 : 128, in Internat. Surg. Dig., Mars 1949, 47, N° 3, 185-186.
- BURNELL (G.F.) - Le traitement des hernies inguinales difficiles par la gaze de tantale.- Brit. J. Surg., Janv. 1954, 41, N° 168, 354-359, 7 fig. (Bibliogr.).
- CALVET - A propos de la communication de M. Thomeret et coll. sur l'utilisation de la toile d'acier inoxydable dans la cure des éventrations et

des hernies.- Mém. Acad Chir., 1-15 Juin 1960, 86, N° 18-20, 510-511.

CAVALLINI (A.) - Hernie crurale récidivante après intervention pour hernie inguinale par la méthode de Bassini.- Minerva Chir., 15 Mars 1958, 13, N° 5, 258-262 (Bibliogr.).

CLEAR (J.J.) - Etude statistique des hernies inguinales durant dix années : comparaison du taux de récidives consécutives à la réparation par l'opération de Halsted I et les autres techniques.- Arch. Surg., Janv. 1951, 62, N° 1, 70-78.

DORADO (H.J.), AMELIO (F.E. d') et ELVERDIN (J.M.) - Hernioplasties. Les résultats de la méthode de Potemsky dans 300 hernies inguinales.- Prensa Méd. Argent., 18 Av. 1958, 45, N° 16, 1621-1626 (Bibliogr.).

DORAN (F.S.A.), GIBBINS (R.E.) et WHITEHEAD (R.) - Communication sur 113 cas de cure de hernie inguinale par filet de nylon.- Brit. J. Surg., Janv. 1961, 48, N° 210, 430-434, 8 fig. (Bibliogr.).

ELMAN (R.) - Une modification de la herniotomie inguinale de Halsted afin de prévenir les récidives.- Arch. Surg., Fév. 1956, 72, N° 2, 351-356 (Bibliogr.).

ERDMAN - Inguinal hernia in the male with regard to post-operative sequelae.- Ann. Surg. 1917, 66, 702.

- Inguinal hernia in the male.- Ann. Surg., 1923, 77, 171.

ESTEVE (M.) - Un point de technique dans la cure des hernies inguinales volumineuses ou récidivées.-

Presse Méd., 5 Fév. 1949, 57, N° 9, 133.

FERGUSON (D.J.) - Récidives consécutives à des opérations pour hernie inguinale ou crurale. Observations pour des périodes variant de trois à sept ans et demi.- Minnesota Med., Juill. 1949, 32, 697, in Internat. Surg. Dig., Oct. 1949, 48, N° 4, 224-227.

FREITAS (J. de) - Traitement chirurgical des hernies inguinales récidivantes.- Rev. Brasil. Circ., Août 1953, 26, N° 2, 211-218, 5 fig. (Bibliog.) (Résumé français).

FRUCHAUD - Résultats donnés par une méthode personnelle de traitement chirurgical des hernies de l'aîne chez les hommes ayant plus de 25 ans.- Acad. Chir. 1954, 80, 422.

" - Traitement chirurgical des hernies inguinales avec aplasie pariétale.- J. Ch. 1950, 66, 851.

" - Le traitement des hernies de l'aîne chez l'adulte : 1 volume.

" - Anatomie chirurgicale des hernies de l'aîne : 1 volume.

GIRAUD, VITTORI et FOUCHER - Emploi des plaques de nylon (crino-plaques) pour le traitement des éventrations et des hernies inguinales.- Bordeaux Chir., Janvier 1951, N° 1, 22-27.

GOSSET (J.) - Les autoplasties aponévrotiques dans la cure chirurgicale des hernies énormes ou récidivées.- P.M. 1936, 44, 1586.

" - L'usage des bandes de peau totale comme matériel de sutures autoplastiques en chirurgie.- Acad. Chirurg. 1949, 75, 277.

GOSSET (J.) - L'usage des bandes de peau totale comme matériel de sutures autoplastiques en chirurgie.- Semaine des Hôpitaux, 1949, 25, 2283.

GUY (C.C.) et WERELIUS (C.Y.) - L'emploi de mèches de tantale dans la réparation de la hernie.- Arch. Surg., Juin 1951, 62, N° 6, 867-875, 9 fig. (Bibliogr.).

HEIFETZ (C.J.) et GOLFARD (A.) - Section du cordon spermatique pour la réparation des hernies inguinales récidivantes et difficiles.- Prensa Med. Argent., 20 Mars 1953, 40, N° 12, 714-715.

HERCZEC (T.) - Complication rare post-opératoire d'une récidive de hernie.- Zbl. Chir., 27 Avr. 1957, N° 17, 707-710.

HOLLOWAY (J.K.) et JOHNSON (R.J.) - Causes et méthodes de réparation des hernies inguinales directes et récidivantes.- Am. J. Surg., Mai 1950, 79, N° 5, 678-683, 5 fig. (Bibliogr.).

IASON (A.H.) - La gaze de tantale dans la chirurgie de la hernie.- New-York State J. Med., 1er Juin 1954, N° 11, 1621-1624, 7 fig. (Bibliogr.).

JONAS (R.) - La récidive de la hernie inguinale chez l'enfant.- Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1961, 297, N° 4, 362-377. (Bibliogr.).

KOONTZ (A.R.) - Les hernies inguinales. Quelques causes de récidive.- Am. J. Surg., Oct. 1951, 82, N° 4, 474-478 (Bibliogr.).

KOONTZ (A.R.) - L'emploi de gaze de tantale dans la réparation de la hernie inguinale.- Surg. Gyn. Obst., Janv. 1951, 92, N° 1, 101-104.

KOONTZ (A.R.) - Hernies difficiles : emploi des mèches de tantalum pour leur réfection.-
J. Internat. Coll. Surgeons, Nov. 1951, 16,
N° 5, 637-643.

KOONTZ (A.R.) - Le problème de la hernie inguinale récidivante.- Internat. Surq. Dio., Juin 1959, 67, N° 6, 339-341.

KUBANYI et GUOTH (J.) - Traitement de la hernie récidivante par implantation d'un réseau de tantale et examen histologique des résultats obtenus par expérimentation sur l'animal.- Zbl. Chir., 29 Juin 1957, 82, N° 26, 1067-1073, 6 fig. (Bibliogr.).

LAMPHIER (T.A.) et coll.) - La hernie inguinale. Revue de 977 cas.- J. Internat. Coll. Surgeons, Avr. 1961, 35, N° 4, 451-461 (Bibliogr.) - (Résumé français).

LEACOCK (A.G.) et ROWLEY (R.K.) - Résultats des réparations au nylon des hernies inguinales.- Lancet, 6 Janv. 1962, N° 7219, 20-21.

LEVY (A.H.), WREN (R.S.) et FRIEDMAN (M.N.) - Complications et récidives de la réparation de la hernie inguinale.- Ann. Surq., Avr. 1951, 133, N° 4, 533-539, 6 tabl. (Bibliogr.).

LONG (L.W.) - Les hernies : observations sur les récidives et les réparations.- J. Internat. Coll. Surgeons, Août 1956, 26, N° 2, 145-154 (Résumé français).

LUBIN (P.) - Plastie au nylon dans le traitement de la hernie inguinale.- Rev. col. Méd. Chir., 15 Mars 1950, 22, N° 176, 68.

LUBIN (P.) - L'emploi des crinoplaques dans la cure

des hernies inguinales.- Presse Méd., 7 Avr. 1951, 59, N° 23, 468.

MATTSON (H.) - Emploi de la gaine du droit et du ligament pubien supérieur dans la hernie inguinale directe et récidivante.- Surgery, Avril 1946, 19, N° 4, 498-503.

MOUCHET (Alain) - Nouveau Précis de Pathologie chirurgicale.-

PALUMBO (L.T.), PAUL (R.E.) et EMERY (F.B.) - The results of primary inguinal hernioplasty.- Arch. Surg., 1952, 64, 384.

PALUMBO (L.T.), PAUL (R.E.) et MIGHELL (S.J.) - Primary inguinal hernioplasty : a study of 1375 cases.- S. Clin. North Amer., 1954, 34 : 567.

PALUMBO - Primary direct inguinal hernioplasty.- Surg., 1954, 36, 278.

- Primary indirect inguinal hernioplasty.- Am. J. Surgery, 1954, 88, 293.

PEARCE (A.E.) - Une cause anatomique de hernie inguinale indirecte récidivante (non corrigée ?) - J. Int. Coll. Surgeons, Fév. 1954, 21, N° 2, 189-191.

PETROVSKY (B.W.), BABITCHEV (S.I.) et NICOLAW (N.O.) - Alloplastie d'une hernie inguinale récidivante à l'aide de petites plaques en polyvinyl-alcool.- Khirurgia (Moscou), 1958, N° 12, 26-31 (Bibliogr.).

PRECIS de TECHNIQUE OPERATOIRE, par les Prosecteurs de la Faculté de Paris.

QUENU - Traité de Technique chirurgicale.

REMIGOLSKI (S.) - Technique opératoire de la hernie inguinale récidivante de grosses dimensions.- Zbl. Chir., 31 Janv. 1959, 84, N° 5, 174-177.

ROBINS (C.R.) - Pourquoi les hernies inguinales récidivent.- Am. Surg., Juil. 1941, 114, N° 1, 118-128, 14 fig.-

RYAN (E.A.) - Hernies récidivantes ; une analyse de 369 cas consécutifs de hernies inguinales et crurales récidivantes.- Surg., Gyn., Obst., Mars 1953, 96, N° 3, 343-354 (Bibliogr.).

RYAN - Recurrent hernia.- Surg., Gyn., Obst., 1953, 96, 343.

SCRITTI - Di Chirurgiz herniaria.- Tipographia der Seminario di Padova, 1937.

SHABB (S.) et BRADFORD (B. Jr.) - Une cause de récurrence, la non-identification du sac herniaire (des hernies inguinales et fémorales).- Internat. Surg. Dig., Sept. 1960, 69, N° 9, 550-551.

SHELLEY (H.J.) - Hernies inguinales récidivantes : étude de 282 hernies et de 268 réfections.- Arch. Surg., Déc. 1940, 41, N° 6, 1437-1454.

SHINNER (H.L.) et DUNCAN (R.D.) - Hernie inguinale récidivante.- Ann. Surg., Juil. 1945, 122, N° 1, 68-84.

SKINNER (H.L.) et DUNCAN (R.D.) - Inguinal hernia : report of 1126 cases.- S. Clin. North Amer., 1945, 25 : 219.

SOHIER (H.M.L.), PINSON (J.) et FUSTEC (R.) - Emploi de plaques de nylon dans la cure des récidives des hernies inguinales (A propos de 50 observations). - Bull. Méd. A.O.F., 1956, 1, N° 1, 80-84 (Bibliogr.).

SORDINAS (A.) - De l'utilisation du nylon comme matériel de prothèse dans la chirurgie de la hernie inguinale. - Thèse Paris, 1959, N° 814, 55 pages.

STEIN (H.E.) et CASTEN (D.) - Etude des récidives consécutives aux hernioplasties inguinales. - Surgery, Déc. 1943, 14, N° 6, 819-830.

TELLE (L.D.) - Hernie inguinale et fémorale. Revue de 1694 cas. - Am. J. Surg., Mars 1957, 93, N° 3, 433-438, 5 tabl. (Bibliogr.).

THERSIQUEL (R.) - Les récidives crurales des hernies inguinales. Leur fréquence, leur pathogénie, leur prophylaxie et leur traitement. - Thèse Paris, 23 Avr. 1948, N° 253, 33 pages.

THIEME (E.T.) - Revue : Les récidives après herniorraphie inguinale. - Surg., Gyn., Obst., Nov. 1951, 93, N° 5, 641-643.

THOMERET (G.), DUBOST (C.) et PILLOT (MELLE P.) - L'utilisation de la toile d'acier inoxydable dans la cure des éventrations et des hernies. - Mém. Acad. Chir., 18-25 Mai 1960, 86, N° 16/17, 500-507 (Bibliogr.).

THOMPSON (W.) - La cure radicale de la hernie inguinale par une insertion de matière plastique. - Lancet, 31 Juil. 1948, 2, N° 6518, 182-183. (Bibliogr.).

THOMPSON (W.) - Le traitement radical de la hernie

inguinale et fémorale par une inclusion en polythène.- Brit. Méd. J., 14 Avril 1951, 797-799.

THUNIG (L.A.) - Incarcération récidivante d'une hernie inguinale interstitielle gauche.- Am. J. Surg., Oct. 1943, 105-113, 5 fig. (Bibliogr.).

WENCKERT (A.) - Pourcentage de récidives de la hernie après un bref repos au lit consécutif à la hernioplastie.- Acta Chir. Scand., 4 Juil. 1949, 98, N° 2, 205-211 (Bibliogr.).

WORONINA (E.N.) - Récidive d'une hernie inguinale après cure.- Khirurgia (Moscou), 1956, N° 2, 39-43.

WYNDHAM (N.) - Observations sur 106 cas de hernie inguinale récidivante.- Med. J. Australia, 15 Janv. 1949, 1, N° 3, 60-61 (Bibliogr.).

ZAGDOUN (J.) et SORDINAS (A.) - L'utilisation des plaques de nylon dans la chirurgie des hernies inguinales.- Mém. Acad. Chir., 18 et 25 Nov. 1959, 85, N° 28-29, 747-754.

ZAGDOUN - A propos de la communication de MM. Thome-ret, Dubost et Melle Pillot sur l'utilisation de la toile d'acier inoxydable dans la cure des éventrations et des hernies.- Mém. Acad. Chir., 1-15 Juin 1960, 86, N° 18-20, 511-512.

ZAVALETA - Hernie inguinale récidivante.- Prensa Med. Argent., Janv. 1945, 32, N° 3, 132.

ZAWACKI (S.) et THOEME (E.T.) - Etude des types de récidives consécutives à la herniorraphie inguinale.- Arch. Surg., Oct. 1951, 63, N° 4, 505-510 (Bibliogr.).

ZIMMERMAN (L.M.) - Symposium on recent advances in
surgery of inguinal hernia.- Surg. Clin. North
Amer., 1952, 32 : 135.
